

Altérations de la posture et troubles de croissance du rachis chez l'enfant et l'adolescent : Gymnastique visant à corriger la déformation posturale Antéro-postérieure dans le cadre de l'école

Autor(en): **Lapertosa, Gérald**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Physiotherapeut : Zeitschrift des Schweizerischen Physiotherapeutenverbandes = Physiothérapeute : bulletin de la Fédération Suisse des Physiothérapeutes = Fisioterapista : bollettino della Federazione Svizzera dei Fisioterapisti**

Band (Jahr): - **(1965)**

Heft 202

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-929877>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Altérations de la posture et troubles de croissance du rachis chez l'enfant et l'adolescent

Gymnastique visant à corriger la déformation posturale Antéro-postérieure dans
le cadre de l'école *)

(Suite)

Gérald Lapertosa **, Genève

DIFFERENCES ENTRE ATTITUDE SCOLIOTIQUE ET SCOLIOSE

Attitude scoliotique

Réductible volontairement et disparition par la flexion du tronc en avant.

Petite asymétrie thoracique et léger hémidos éventuels, mis en évidence par flexion du tronc en avant.

Mobilité intacte.

Radiographie : pas de rotation des vertèbres.

Scoliose vraie

Irréductible.

Grosses asymétries, gibbosité importante et localisée.

Fonction gravement limitée (raideur).

Radiographie : rotation des vertèbres.

EPIPHYSITE VERTEBRALE

(maladie de Scheuermann)

Il s'agit encore d'une dystrophie de croissance évoluant également durant l'enfance et l'adolescence. Elle est localisée essentiellement aux zones de croissance des plateaux vertébraux (épiphyses) à leur partie antérieure. Bien que les lésions du Scheuermann soient principalement localisées à la colonne dorsale, elles se retrouvent cependant fréquemment au niveau de la colonne lombaire. Les vertèbres atteintes deviennent cunéiformes, provoquant une déformation en cyphose de la colonne thoracique. Si cette maladie se trouve au niveau lombaire, la lordose physiologique s'atténue, disparaît, ou même s'inverse.

L'épiphysite évolue souvent sans douleur. De nouveau, il est de toute importance de diagnostiquer le plus rapidement possible un Scheuermann. Bien qu'on ne puisse guère en modifier l'évolution, il est possible, tant que dure la croissance et tant

que les épiphyses ne sont pas soudées au corps vertébraux, d'en corriger au moins la cyphose.

« Mais une fois la croissance terminée, les déformations ne se laissent plus influencer, quelque thérapeutique que l'on choisisse. Elles restent immuables, les malades présentant l'aspect classique du dos rond fixé, raide et bientôt douloureux »

(TAILLARD).

Facturs causals

Encore très discutés (rôles de l'hérédité ? de l'équilibre endocrinien ? de surcharges fonctionnelles ?

Evolution

Cette maladie évolue en trois stades :

1. Dans la période s'étendant avant l'âge de douze ans environ, c'est-à-dire avant la phase de croissance accélérée, il est difficile de poser avec certitude le diagnostic d'épiphysite vertébrale. On retrouve cependant la mauvaise tenue, le dos rond, le ventre proéminent, etc.; mais ces déformations ne sont pas encore fixées; le dos reste souple.

2. Le deuxième stade se place entre douze et dix-huit ans environ. Il n'y a pas encore de modifications fonctionnelles généralisées, si ce n'est une rigidité dorsale localisée. A ce stade apparaissent les troubles statiques, accompagnés de fatiguabilité dorsale et parfois de douleurs, ainsi que les signes radiologiques classiques.

3. A l'âge adulte, éventualité d'importantes modifications fonctionnelles, de douleurs, d'arthrose, d'hernies discales, etc.

Symptômes et signes :

a) Augmentation de la cyphose dorsale, compensée par une lordose lombaire. Cyphose à petit arc, sans angulations, sans réelle gibbosité, (quelquefois associé à une scoliose).

b) Dans la flexion antérieure du tronc, vu de profil, le dos ne présente plus l'arrondi continu de la tête au bassin.

c) Dans la même position, le thorax, vu de dos, au lieu de dessiner une courbe régulière de part et d'autre de la ligne des apophyses épineuses, présente une forme en « couvercle de cercueil ».

d) Raideur du segment thoracique du rachis à la flexion latérale.

e) Signes radiologiques : lésions des plateaux vertébraux, vertèbres cunéiformes, hernies intraspongieuses (nodules de SCHMORL).

METHODES D'EXAMEN ET D'EVALUATION

Il existe beaucoup de procédés de mensurations et de cotations. Nous ne décrivons sommairement que ceux susceptibles d'être appliqués dans le cadre scolaire, c'est-à-dire pour un grand nombre d'enfants. Un tel procédé doit être rapide, précis, permettant une vision directe et immédiate de la posture. Les résultats de cet examen morphologique doivent être, de préférence, inscrits sur un schéma type déjà préparé.

Du fait du nombre et de l'importance des variations individuelles physiologiques, il est difficile de définir un équilibre antéro postérieur idéal, d'ailleurs toujours oscillant et sujet à d'incessantes variations statiques et cinétiques d'équilibration. De plus, dans une vue de profil, il n'y a pas de points de repères fixes. Tandis que dans le plan frontal (vue de dos) on peut se référer à l'axe vertébral (lignes des apophyses épineuses) suivi de la ligne interfessière; on retrouve ainsi les mêmes repères de chaque côté de la colonne.

Un des moyens de déterminer la posture de profil est de *préciser les courbures à partir d'une ligne verticale* (fil à plomb), qui, dans la posture idéale doit être tangente à la fois au point postérieur dorsal et au point postérieur du sacrum (c'est-à-dire que les deux points les plus postérieurs, dorsal et sacré, se trouvent sur la même verticale). A partir de cette verticale on mesure encore les profondeurs maximales (flèches) des lordoses cervicales et lombaires. Les éléments sui-

vants mettent en évidence les anomalies recherchées :

— Exagération ou diminution des flèches, en tentant compte de la taille et de la morphologie du sujet.

— Déséquilibre général du corps, en arrière ou en avant, par perte de la double tangente à la verticale postérieure.¹⁾

L'examen doit être complet. —

Naturellement, l'étude du comportement postural ne se limite pas au seul examen vertébral de profil. Il faut noter encore, soit sous forme de dessin, soit par des chiffres, sur un schéma type : les courbes thoraciques; le déséquilibre du bassin, etc. On ne doit pas oublier l'examen de la mobilité vertébrale.

A titre de renseignements complémentaires, on notera :

Taille-poids, capacité vitale, ampliation thoracique;

Tempérament, comportement.

La position pendant l'examen. —

Les incessantes variations statiques et cinétiques d'équilibration font que la position pendant l'examen doit être précisée et toujours la même : le sujet est placé dans son attitude habituelle de repos, jambes tendues et talons sur la même ligne.

METHODE DE BELLIGON

Un autre principe d'examen est de se référer à l'axe tragien en comparant avec un profil idéal (ce procédé a été mis au point et décrit par BELLIGON de Lyon; il est utilisé actuellement dans les écoles de Lyon). On apprécie et on chiffre de 0 à 5 les points faibles dans différents segments du corps.

0 : position d'équilibre normal d'un segment considéré

5 : position extrême constamment observée chez un déformé.

Ce fichage reste évidemment fonction de l'observateur, puisqu'il ne s'agit pas de mesures. Cependant, les descriptions et les exemples de l'auteur sont assez réels et illustratifs pour réduire au minimum l'erreur entre observateurs.

¹⁾ Méthode d'examen décrite par L. Charrière et J. Roy dans « Kinésithérapie des déviations antéro-postérieures du rachis ».

Sur deux axes de coordonnées sont inscrits :

— verticalement, le nom du segment observé

— horizontalement, la cotation possible de chaque point faible (0 1 2 3 4 5)

Lors de l'observation, chaque segment reçoit sa cotation. Elle est marquée par un point à l'intersection de l'horizontale «segment» et de la verticale «cotation». A la fin du fichage, les divers points sont réunis par des droites. Un «profil» graphique en résulte, qui permet diverses comparaisons.

Avantages de ce procédé. --

Vue globale, graphique, très rapide de la posture du sujet.

Les points faibles essentiels et secondaires sont visuellement soulignés.

On voit instantanément ce que la gymnastique doit améliorer.

Progrès, état stationnaire, aggravation, sont immédiatement situés (comparaisons des profils successifs du même sujet).

Les résultats sont faciles à noter.

Tout travail de dépouillement et d'exploitation (des profils de plusieurs sujets comparés) est facilité par l'expression chiffrée.

AUTRES METHODES

Il existe évidemment un assez grand nombre d'autres méthodes, en particulier la photographie. La rapidité de la photographie (face, profil, dos) incite à la préférer lorsqu'il s'agit d'examiner un grand nombre d'individus dans un temps minimum. Si la méthode de BELLIGON a retenu notre attention, c'est qu'elle représente un perfectionnement de l'examen clinique dont elle garde tous les avantages. Elle ne remplace pas ce dernier dans les cas franchement pathologiques.

GYMNASTIQUE SPECIALE

Une gymnastique collective scolaire ne peut s'intéresser qu'à la déformation type, c'est-à-dire aux déformations bénignes, souples. Toutes les autres déformations doivent être traitées individuellement dans les services spécialisés, hospitaliers ou privés.

Envisageons rapidement les trois aspects de la rééducation selon CHARRIERE et

ROY : la rééducation posturale, l'assouplissement et la musculation, qui sont intimement liés.

Que l'enfant montre une faiblesse plus ou moins marquée de son système musculaire, il y a de toute façon une «atrophie du réflexe postural»; il se tient mal inconsciemment.

Nous empruntons à ces auteurs les paragraphes ci-après :

1. «*La rééducation posturale.* — Elle est à la fois le but et le fil conducteur du travail rééducatif. Elle n'est possible que si le sujet se rend compte qu'il se tient mal, s'il a la volonté de se tenir bien et si on lui donne les moyens de se tenir mieux. Cette triple condition nécessite :

— d'abord la reconnaissance, la prise de conscience des défauts;

— ensuite l'apprentissage postural, la prise de conscience d'une posture correcte, qui est en premier lieu une étude segmentaire (postures locales, dans des positions basses au début) pour devenir ensuite globale, dans les positions fonctionnelles dressées;

— puis, soutenant et animant l'action technique : l'éveil et le maintien de l'intérêt, de l'adhésion réfléchie et volontaire;

— enfin, des moyens techniques qui sont : l'assouplissement et surtout la «musculation».

2. *L'assouplissement.* — Il permet de lutter contre les contractures, les raccourcissement musculaires. Il doit toujours être localisé aux zones raides, en évitant toute compensation dans les zones avoisinantes plus souples.

3. *La «musculation».* — En développant la musculature de soutien nécessaire, elle permet de maintenir les positions corrigées d'une façon de plus en plus continue. Elle est à base de travail musculaire sur des postures maintenues corrigées. Ce travail est soit analytique — il s'adresse alors aux divers groupes de la musculature de soutien dans les positions basses surtout — soit global par association de ces divers groupes, en greffant sur les postures des mouvements des membres.

C'est le *mouvement construit*, par opposition au *mouvement naturel*. Le premier conduit à la rééducation cinétique se greffant sur les rééducations posturales. Le se-

cond au contraire, utilise les possibilités actuelles du sujet; par économie, il sollicite surtout les zones plus souples et les groupes musculaires déjà plus forts, dans une équilibration générale perturbée; il risque ainsi de fixer les déséquilibres existants, voire de les aggraver.

Au début de toute gymnastique corrective, les exercices naturels seront donc négligés au profit des exercices analitiques, puis construits, devenant progressivement globaux. Plus tard les exercices deviendront peu à peu «naturel» (course, marche, exercices d'équilibre généraux) par l'automatisation des gestes courants dans les postures correctes devenues habituelles. Ainsi, progressivement, on passe de la correction analytique à l'utilisation habituelle des postures correctes dans la vie courante : il s'agit bien d'une véritable rééducation, réadaptation».

PARTICULARITE

DE L'APPLICATION SCOLAIRE

Cette gymnastique doit être simplifiée, codifiée, parce que :

— elle s'adresse à des groupes; il faut faciliter le contrôle des positions correctes :

— les moniteurs ne seront pas toujours des physiothérapeutes de métier puisqu'elle est destinée à s'étendre à un nombre de plus en plus considérable d'élèves;

— ces enfants devront s'entraîner quotidiennement chez eux, pour créer à partir d'exercices volontaires, par la répétition, un véritable réflexe de la posture corrigée, une attitude correcte habituelle.

Pour ces dernières raisons, il est essentiel qu'elle se pratique «dans une position infailliblement correcte, avec une intensité obligatoirement maxima.»

Le but de la leçon à l'école sera d'astreindre l'enfant au moins une fois par semaine à un effort intensif, de permettre la pratique d'exercices impossibles à faire sans contrôle et hors d'une salle de gymnastique, ainsi que d'expliquer, de contrôler et d'adapter les exercices peu à peu, selon les progrès.

On choisira un certain nombre d'exercices parmi les plus simples et les plus efficaces, que l'enfant répétera à la maison à l'aide d'un carnet aide-mémoire destiné au contrôle par les parents.

RESUME

1. L'appréciation correcte de la *posture normale* nécessite des connaissances théorique de base et une grande expérience pratique, étant donné la variabilité des types constitutionnels et la transition insensible entre le normal et le pathologique.

2. Une *posture anormale* s'observe en cas d'anomalies réversibles ou d'anomalies fixées. Parmi les premières, la plus fréquente est la «déformation-type» de BALLAND, mais la plus connue est probablement l'attitude scoliotique. Dans les secondes entrent les scoliooses vraies et l'épiphysite vertébrale, ou malade de Schœuermann.

3. Au nombre des *méthodes d'évaluation de la posture*, celle de BELLIGON mérite de retenir l'attention. Elle présente en effet les avantages suivants : elle tient compte de la posture à la fois dans son ensemble et dans ses composantes; les anomalies font l'objet d'une notation semi-quantitative suivant leur gravité; les résultats s'enregistrent sous forme d'un «profil» qui permet immédiatement à l'observateur de comparer non seulement les cas entre eux, mais encore le même cas aux différentes étapes de son évolution, en particulier sous traitement.

4. En matière de *gymnastique collective* destinée à corriger les anomalies posturales (et non structurales), il faut viser en particulier à substituer au mouvement naturel un mouvement construit. Cette rééducation posturale, conditionnée par la prise de conscience par l'élève de sa mauvaise tenue, nécessite assouplissement et «musclature».

5. Pour diverses raisons, il nous paraît essentiel que chaque exercice s'effectue dans une *position* infailliblement correcte et avec une *intensité* maxima, si l'on veut que l'application scolaire de cette gymnastique atteigne son but.

Remerciements : L'auteur tient à remercier vivement le Dr Olivier Jeanneret, directeur-adjoint du Service de Santé de la Jeunesse, de ses critiques et suggestions, qui l'ont aidé dans la rédaction de ce texte.